FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

THÈSE

N° 139

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Rachel GRIGIAC, née BERLINSKY

le 8 août 1934 à PARIS 4°

Présentée et soutenue publiquement le : 1965

REFECTION DES FISTULES ANTI-GLAUCOMATEUSES

(A PROPOS DE SEPT CAS)

Président : Monsieur OFFRET, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534917_0048

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Rachel GRIGIAC, née BERLINSKY

le 8 août 1934 à PARIS 4°

Présentée et soutenue publiquement le :

REFECTION DES FISTULES ANTI-GLAUCOMATEUSES

(A PROPOS DE SEPT CAS)

Président : Monsieur OFFRET, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Besançon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	SARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Sichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADUROO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) BOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (R.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (K.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

en témoignage de reconnaissance et d'affection,

A mon Mari,

qui sait toujours me redonner confiance dans les moments les plus pénibles.

A mes enfants :

Albert,

Bruno,

et Anne

A Monsieur le Professeur OFFRET

Professeur de la Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille accepter ici l'expression
de notre très respectueuse admiration,
et de notre gratitude, pour l'enseignement
qu'il nous a prodigué à l'Hôpital, comme
à la Faculté.

A notre Jury de Thèse

A Monsieur le Docteur CAMPINCHI

Ophtalmologiste des Hôpitaux

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a conseillé, avec tant de bienveillance.

En témoignage de notre reconnaissance.

Aux Assistants et Chefs de la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel Dieu

En les remerciant pour les conseils qu'ils nous donnent.

A Madame le Docteur S. DELTHIL

Chef du Service d'Ophtalmologie du Centre Hospitalier de Saint Denis

qui nous a fait découvrir et aimer l'ophtalmologie,

Les interventions créant une voie sous-conjonctivale de drainage de l'humeur aqueuse aboutissent dans un très grand nombre de cas à abaisser suffisamment le tonus oculaire du glaucomateux et permettent de stopper l'évolution de la maladie.

Il existe des échecs de ces méthodes, et, l'on peut être conduit à réintervenir sur ces fistules pour deux raisons principales. Réfection d'une cicatrice filtrant trop, ou même entraînant une fuite d'humeur aqueuse hors du globe, c'est assez rare.

C'est le plus souvent une cicatrice bouchée laissant subsister une hypertonie que l'on cherche à reperméabiliser.

La rupture brutale de la cicatrice filtrante est rare, elle pose une indication opératoire formelle (L. PAUFIQUE).

Cette rupture d'une cicatrice filtrante polykystique survient quelques mois ou quelques années après une intervention, à la suite d'un traumatisme violent ou non, parfois presque spontanément après quinte de toux, éternuement.

Les signes fonctionnels sont un larmoiement associé à une baisse brutale de la vision.

A l'examen, on note constamment un aplatissement de la chambre antérieure et une hypotonie extrême. Ces signes feront rechercher le phénomène de SEIDEL, et l'on peut ainsi situer le point de départ de la fistule externe avec exactitude ; autour la cicatrice est parfois affaissée.

La solution de continuité siège généralement sur la cicatrice cystoïde au voisinage du limbe quelques millimètres en arrière.

L'indication opératoire est formelle, le risque de passage à la chronicité est important.

Elle peut être traitée par un recouvrement conjonctival partiel après avivement de la cornée au niveau du limbe (technique de PAUFIQUE)

ARRUGA conseille d'abaisser un lambeau conjonctival préparé d'aussi loin que possible.

Exceptionnelle, aussi, la prolifération de la cicatrice formant au-dessus du limbe, une véritable tumeur, parfois de la grosseur d'une noisette entraînant un faux ptosis; cette complication est de traitement difficile elle n'est pas plus fréquente après l'une ou l'autre des techniques; elle semble due à un enclavement épithélial formant un véritable kyste.

Le traitement chirurgical est la résection complète avec abaissement conjonctival éventuellement favorisé, par la mise en place d'un lambeau libre prélevé sur la conjonctive bulbaire de l'oeil congénére.

L'extension de la fistule à la cornée (FITZGERALD, Mc CARTY) peu fréquente, déforme la cornée, crée un astigmatisme avec diminution de la vision centrale.

Le traitement par cautérisation empêche le progrès de la lésion mais la récidive est constante.

Il faut donc réopérer cet oeil à tension normale.

Technique :(FITZGERALD, Jr Mc. CARTY)

sous anesthésie locale.

La fistule très superficielle est disséquée de la cornée, simplement en prenant la partie la plus avancée de la cicatrice cystoïde, et en la clivant de la surface cornéenne avec un couteau de Bard-Paker; on poursuit cette dissection jusqu'au limbe en évitant d'entrer dans l'ampoule conjonctivale; le tissu disséqué est cautérisé avec le cautère de Todd ou de Hildreth et excisé.

Puis le couteau de Bard-Parker est employé pour faire une kératotomie à travers le Bowman et le stroma antérieur juste au dessous de la partie antérieure du limbe, l'incision cornéenne sera aussi étendue que la lésion cornéenne.

Cette intervention peut se compliquer: soit perforation de la conjonctive, soit perte du mécanisme de filtration et augmentation de la tension oculaire.

Il faut prévenir cette fistule scléro-cornéenne par une bonne position de l'incision (limbe postérieur jonction de la sclère avec la partie bleutée du limbe).

L'hypotonie importante par fistulisation externe peut venir compromèttre le résultat fonctionnel d'une opération anti-glaucomateuse.

Les blessures du lambeau conjonctival, per opératoires sont reconnues et traitées immédiatement. La blessure du lambeau au cours de sa dissection se fait en général au raz du limbe, zone, la plus fragile, cet incident est un peu plus fréquent au cours de la trépanation d'Elliott, par enroulement de la conjonctive au cours de la tréphine. Pour la réparation, il est préférable d'employer de la soie vierge montée sur une aiguille de Grieshaber (Madame BONET GEHIN).

Parfois la fistule immédiate peut passer inaperçue, le long du fil ,de suture, ou moucheture minime du lambeau.

Certes elle se forme en général seule sans traitement chirurgical, mais elle retarde la formation de la chambre antérieure, elle favorise les réactions inflammatoires et la fermeture de l'orifice scléral.

On a signalé une fistule externe par insuffisance du lambeau, ELLIOTT conseille un atouchement à l'acide TRICHLORACETIQUE.

Il convient de prévenir ces accidents par un examen minutieux de la conjonctive avant l'intervention, par une dissection très soigneuse; l'emploi pour la suture conjonctivale non pas de points séparés mais d'un sujet continu qui assure une bien meilleure étanchéité.

Les fistules externes, chroniques, bien que fréquentes sont plus souvent méconnues, et les indications thérapeutiques sont plus discutées.

L'issue d'humeur aqueuse à travers une conjonctive poreuse où très amincie est peut être en partie responsable de la bonne réussite de l'intervention.

Pour préciser ceci, nous rappellerons brièvement la physiologie de la conjonctive. Composée d'un épithélium avec sa membrane basale, d'un chorion conjonctivo-vasculaire.

Au cours d'une plaie perforante de la conjonctive, il y a d'abord réparation de l'épithélium dans les premières heures, une solution de continuité est assurée, mais la réparation du chorion très vasculaire est particulièrement rapide. Aussitôt après les traumatismes perforants, apparaît un exsudat fibrineux, et lorsqu'un lambeau a été disséqué une adhérence est observée dès la première heure, puis l'exsudat est ,colonisé par la proli-

fération du chorion conjonctival et du tissu épiscléral si vite qu'au bout de quelques jours, il est pratiquement impossible d'isoler le lambeau uni au plan profond par des adhérences cicatricielles nombreuses et solides.

Mais dans les interventions fistulisantes un flot d'humeur aqueuse s'écoule dans l'espace sous-conjonctival et modifie par son action mécanique et métabolique la cicatrisation conjonctivale.

TENG et KATZINE en 1959 ont étudié histologiquement des globes de malades âgés, décédés longtemps après des opérations fistulisantes.

Ils ont rencontré sur des cicatrices cystoïdes une paroi antérieure très fine formée d'un épithélium conjonctival très aminci, la membrane basale est souvent altérée.

Cet épithélium remanié laisse probablement suinter l'humeur aqueuse hors du globe, ceci sans entrainer le plus souvent de complication.

HERVOUET et LENOIR décrivent les cicatrices filtrantes comme formées d'espaces lacunaires occupés par l'humeur aqueuse et limitées superficiellement par un tissu conjonctif dont le chorion très oedématié est occupé par de multiples lacs en rapport de continuité.

La conjonctive se modifie avec l'âge ; aux conjonctives épaisses et résistantes de l'enfant s'opposent les conjonctives du vieillard plus minces moins élastiques, se laissant facilement distendre.

La sénescence s'accompagne d'une diminution de profondeur de l'espace sous-conjonctival, dont les dimensions sont en moyenne 5/10 millimètres chez l'enfant, 4,8/10 millimètres chez l'adulte et 3,9 chez le vieillard (ROLLET).

L'épithélium devient plus mince à partir de cinquante ans par diminution des assises cellulaires. On doit en tenir compte dans les indications opératoires.

Cette filtration externe serait mise en évidence dans 1/3 des cas de cicatrice polykystique (BONNET-GEHIN).

En présence d'une cicatrice cystoïde la fistulisation externe doit être reconnue et recherchée systématiquement. Le diagnostic sera suspecté sur l'aspect de la cicatrice cystoïde : kystes aux parois très fines, translucides, laissant deviner par transparence la zone de trépanation sclérale, avasculaire.

Les cicatrices polykystiques étanches sont plus étoffées, moins translucides; il existe souvent quelques vaisseaux à leur surface.

La mise en évidence du phénomène de SEIDEL affirme la fistule.

Cette recherche se fera de préférence en lumière bleue avec le diaphragme de la lampe à fente, ouvert en totalité.

Parfois on ne l'observera qu'après pression très douce sur le globe. Par ailleurs on s'aperçevra que très souvent l'épithélium de revêtement de ces fistules prend les colorants, c'est un signe parallèle à l'existence du phénomène de SEIDEL .

Quant à l'hypotonie, elle n'est pas toujours très importante ; la fistulisation externe peut survenir tôt après l'intervention (huit jours environ).

Les fistules discrètes intermittentes, de fins pertuis, sont en général parfaitement tolérées. Mais le diagnostic doit en être fait une fistule externe est une porte d'entrée possible de l'infection. Ces malades doivent être surveillés régulièrement. On doit veiller à maintenir en bon

état leurs paupières, leurs voies lacrymales. Il faut, éviter l'infection du cul de sac conjonctival, employer des antiseptiques, et si besoin des antibiotiques.

Il faudra penser à rechercher une fistulisation externe de cicatrice cystoïde chez un malade atteint d'iridocyclite même plusieurs mois après l'intervention.

Les cicatrices, siège d'une fistule unique ou multiples plus importantes peuvent entraîner des complications très graves plus ou moins précoces :

Larmoiement par crises intermittentes, en dehors de toute lésion lacrymale, baisse visuelle.

A l'examen on note : un aplatissement de la chambre antérieure, un oedème de la papille et du pôle postérieur, qui, si l'hypotonie n'est pas levée peut entraîner une baisse d'acuité visuelle définitive ; un soulèvement choroïdien peut être noté. L'indication opératoire est formelle.

Le traitement est d'abord préventif, certes le choix des techniques opératoires d'un glaucome est fonction du type clinique de l'hypertonie, de l'état de l'angle iridocornéen.

Mais on sait que l'iridosclérectomie de LAGRANGE donne un lambeau conjonctival plus etoffé (PAUFIQUE - RENARD).

L'iridencléisis, prédispose moins aux filtrations externes, et en cas de doute sur la solidité de la conjonctive (vieillard), il est préférable sauf contre indication majeure de pratiquer un iridencléisis.

En effet, c'est la région juxta limbique du lambeau qui constitue la zone fragile. La capsule de TENON a disparue, la conjonctive est très mince avant de se confondre peu à peu avec l'épithélium cornéen. Dans un iridencléisis, la dissection conjonctivale, n'est pas poussée jusqu'au limbre et cette région n'est pas intéressée.

Dans les interventions ab-externo de nombreux auteurs , refoulent et excisent le plan tennonien,

Peut-être chez les sujets dont la conjonctive est mince, serait-il préférable de chercher à avoir un lambeau plus etoffé, d'autant plus que chez eux le risque de fibrose est moindre.

Pour FITZGERALD et Mac CARTHY, la fistule externe serait due à la formation d'un tissu cicatriciel trop important à la périphérie de la cicatrice ; ils conseillent de l'éviter en plaçant l'incision de la capsule de TENON à 8 ou 9 millimètres du limbe.

On sait par ailleurs que les collyres à la cortisone sont fréquemment prescrits chez les patients porteurs d'une cicatrice filtrante. Il est préférable de s'en abstenir lorsqu'on craint une fistule externe ; la cortisone risque en effet de favoriser l'ulcération d'une cicatrice déjà fissurée et de retarder sa fermeture.

Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique constitueraient théoriquement un agent favorable à la fermeture et à la cicatrisation des fitules externes ; en diminuant le débit d'humeur aqueuse ; cette action est discrète, l'expérience prouve qu'elle est insuffisante et éphémère.

L'application locale de fibrine utilisée après extraction de cata-racte s'est avérée ici inéfficace même après plusieurs tentatives répétées et associées à une injection d'air dans la chambre antérieure, et à un pansement binoculaire, Madame BONNET-GEHIN a obtenu sur des cicatrices cystoïdes fistulisées, en pomme d'arrosoir un succès temporaire de quarante huit heures. Après avoir assuré un colmatage mécanique de la fistule, la fibrine est éliminée laissant derrière elle une cicatrice filtrante identique à ce qu'elle était avant l'application de la thérapeutique. Elle conclut que : "la mise en place d'un film de fibrine peut permettre la fermeture d'une fissure cornéenne précoce par retard, localisé des processus de cicatrisation;

mais ne peut rien sur l'état conjonctival constitutionnel que représente une cicatrice en pomme d'arrosoir ".

Les cautérisations chimiques tel que l'acide trichloroacétique - le phénol à saturation ou le nitrate d'argent ont été conseillées, mais elles ne semblent pas très actives.

FITZGERALD néanmoins nous signale qu'une solution d'acide trichloracétique appliquée à l'aide d'un coton, aide à la localisation du trou, en formant un coagulum autour, mais pas dedans.

La cautérisation, par une spatule rougie à la flamme d'une fistule unique est restée sans succès.

BARKAN (1940) traite des cicatrices d'ELLIOTT, trop hypotonisante par une cautérisation d'un type particulier, avec succès. Il applique en différents points de la cicatrice pendant cinq à dix secondes, une aiguille très fine dont la température est portée à 170°; l'opération peut être répétée plusieurs fois, et l'on obtient après deux semaines un épaississement de la cicatrice qui devient moins saillante, la filtration est diminuée, la pression oculaire remonte, la chambre antérieure se reforme et la vision revient au stade précédent.

Madame BONNET-GEHIN, pense qu'il serait intéressant d'appliquer cette méthode aux cicatrices cystoïdes en pomme d'arrosoir en contrôlant les résultats par des tests de SEIDEL.

Mais pour le moment le véritable traitement des fistules externes est le traitement chirurgical.

La technique opératoire comprend : en un premier temps une excision de la capsule avec un couteau de De GRAEF, la conjonctive est soigneusement disséquée à la limite du limbe de dix heures à onze

heures ; puis rabattant vers le haut la conjonctive tenue par une pince, on râcle la sclérotique au niveau de l'orifice de trépanation sclérale que l'on met à nu ; on excise ensuite la conjonctive dans toute la zone de la cicatrice filtrante.

Deuxième temps : on prépare un recouvrement conjonctival supérieur, que l'on abaisse au devant de l'orifice de trépanation sclérale. La fixation de la conjonctive par deux points latéraux est insuffisante pour assurer l'étanchéité définitive de la fistule.

La conjonctive abaissée se rétracte avant que la cicatrisation ne soit complétée et une nouvlle fistule externe apparaît.

Il est donc nécessaire d'assurer une solidarisation étroite de la conjonctive à la région limbique , sans risquer pour autant d'obstruer l'orifice de trépanation sclérale.

Pour cela une incision est pratiquée dans la cornée à la limite du limbe.

A partir de cette incision est pratiquée une kératectomie superficielle étroite en avant de la fistule. La conjonctive est fixée à la limite inférieure de la zone de kératectomie par plusieurs points, séparés à la soie vierge montée sur aiguille de Grushaber.

La kéractectomie et l'excision de la conjonctive, peuvent être réaliser dans un même temps, par une trépanation non perforante de trois millimètres ou de quatre millimètres mordant légèrement sur la cornée.

On peut terminer par une injection d'air à travers la chambre antérieure, par un orifice de ponction limbique à cinq heures, préparé à l'avance.

Dans un article récent (Septembre 1964à PAUFIQUE conseille : excision de la fistule, en commençant la dissection en pleine cornée deux millimètres en avant du limbe.

L'incision cornéenne rejoint le limbe par ses extrémités, aux limites de la cicatrice filtrante.

Elle es tracée au couteau de De Graefe, ou avec un trépan.

Elle doit être assez profonde, un tiers antérieur de l'épaisseur cornéenne, pour permettre une Kératectomie de I,5 à 2 millimètres. La dissection des lames superficielles de la cornée est amorcée avec le couteau coudé de PAUFIQUE. Elle est ensuite poursuivie avec la serpette de Desmarres, jusqu'à l'orifice de sclérectomie qui est mis à nu.

Aux ciseaux on excise ensuite la conjonctive dans toute la zone de la cicatrice filtrante. La section de la conjonctive effectuée en tissu sain doit être franche sans bavure.

Ces manoeuvres seront réalisées avec prudence et doucement afin de ne pas risquer de blesser l'orifice de sclérectomie.

Sans traction excessive, le bord inférieur de la conjonctive est fixé à la berge inférieure de la sclérectomie par plusieurs points séparés, très rapprochés , ou par un surjet continu à la soie vierge monté sur aiguille de Grieshaber.

On peut terminer par une injection d'air.

Suites opératoires :

Mydriatique et cortisone trois fois par jour dès le lendemain de l'intervention, massage doux du lobe facilitent le rétablissement d'une filtration sous-conjonctivale. Les fils sont enlevés au vingtième jour.

Complication possible :

Obstruction de l'orifice de trépanation surtout si on intervient sur une fistule ancienne.

J. FITZGERALD et Mac CARTHY, réserve, nous l'avons vu, une technique très semblable à la fistulisation intra-cornéenne. Pour les fistules externes, ils proposent une technique différente :

La conjonctive est soulevée par une injection sous-conjonctivale au-dessus de la limite supérieure de la fistule.

La conjonctive est incisée de dix heures à une heure, entre la limite supérieure de l'ampoule et l'insertion du droit supérieur, la conjonctive est séparée de la capsule de Tenon ; l'incision de la capsule est de la même étendue que celle de la conjonctive, la paroi antérieure de l'ampoule est alors soigneusement disséquée de la sclère jusqu'au limbe, un lambeau rectangulaire de capsule de Tenon est préparé et rabattu de façon à recouvrir l'aire de filtration, puis la paroi antérieure de l'ampoule est ramenée dans sa position initiale, et on suture à la conjonctive par un fil de soie noir 000 000.

Complication possible :

Atteinte du mécanisme de filtration.

Augmentation de la tension oculaire.

La rotation d'un lambeau de capsule de Tenon pour renforcer la paroi antérieure de la cicatrice est aussi employé par Macleen et Stallard.

L'auteur signale que l'aspect post-opératoire de ces nouvelles cicatrices filtrantes est différent de l'aspect habituel, elles ne sont pas saillantes, ni translucides.

La vascularisation de la surface est augmentée.

L'iris inclus est peu visible.

Tous ces types d'interventions peuvent se compliquer d'oblitération de la fistule, et d'hypertonie, mais en général la brèche sclérale reste ouverte et il se formera une nouvelle bulle filtrante.

En cas d'iridencléisis, l'hypotonie peut certes, être due à une fistulisation externe par perforation de la paroi antérieure de la bulbe de filtration, mais cette hypotonie peut se voir sans que l'humeur aqueuse suinte hors de l'espace sous-conjonctival.

Des cornes iriennes trop herniées, entraînant une ouverture sclérale trop grande, peuvent faciliter une issue trop importante d'humeur aqueuse dans les espaces sous-conjonctivaux.

Donc un temps essentiel de la réparation consistera en la résection partielle de ces cornes iriennes trop filtrantes.

Nous présenterons deux observations de ce type .

Dans le premier cas l'hypotonie est apparue plus tardivement ; huit mois après l'intervention.

Le test de SEIDEL est négatif.

Une hernie irienne avait été notée.

Il s'agit donc surtout d'un excès de filtration dans l'espace sous-conjonctival une corne irienne trop importante, maintenant trop béante la brèche sclérale.

Dans les deux cas la technique a été la même.

Avivement conjonctival sections partielles des cornes iriennes trop filtrante et suture.

Il est à noter que ces interventions ont été pratiquées sur des yeux particulièrement atteints :

Glaucome aigu chez le premier malade.

Kératite interstitielle et syphilitique chez le deuxième malade. Le but est dépassé puisque apparaît une tendance à l'hypertonie et à la fibrose.

Nous retrouverons donc cette observation dans la deuxième partie de notre exposé, ou nous étudierons la réinterventions des fistules ne fonctionnant pas et entraînant une reprise de l'hypertonie.

oOo

OBSERVATION N° 1

Madame F..., âgée de 55 ans, entre le 6 avril 1962 dans le service du Professeur OFFRET, en urgence, pour glaucome de l'oeil gauche.

Antécédent oculaire :

oeil droit : opéré de cataracte en 1955
décollement de rétine avec succès en 1956.
vision oculaire : (0 + 1) + 10 = 4/10
Tension : 14 à l'aplanation
oeil gauche : présence d'une cataracte complète.

A l'entrée dans le service :

oeil droit : calme
oeil gauche : très rouge pupille en demi-mydriase
l'examen à la lampe à fente montre :
cornée : oedème assez important
chambre antérieure profonde, pas de phénomène de Tyndall appréciable
iris : non atrophique
pupille : en demi-mydriase
cristallin : cataracte totale,

Le 6 avril 1962 :

On pratique un iridencléisis de l'oeil gauche.

Compte rendu opératoire :

anesthésie locale rétro-bulbaire de Novocaïne
dissection conjonctivale à douze heures

Sclérotomie au scarificateur de Desmarres

Pas d'issue spontanée de l'iris, on va le chercher à la pince

On sectionne les deux cornes

Surjet conjonctival

Atropine sous-conjonctivale de cortisone

Oeil D : Esérine

Rien de notable dans les suites immédiates.

4 juillet 1962 :

On constate une hernie irienne à I2 heures

Tonus normal.

12 décembre 1962 (6 mois après l'intervention)

Oeil gauche : tension I2 à l'aplanation

Acuité visuelle : 6= 2/10

TOG : 9/7,5

Mais on note une luxation du cristallin, une très grosse bulle d'iridencléSis qui semble due à une communication avec l'extérieur.

En janvier 1963 :

Oeil gauche : tension 3 à l'aplanation

Cornée : claire (examen à la lampe à fente)

Chambre antérieure : profondeur normale

Cornée irienne : hernie dans la fistule qui est à 11 heures

Bulle : grosse localisée à 11 heures

Pas de Seidel

Pupille : décentrée

Cristallin : luxé dans la moitié inférieure de la pupille semble fixe

pas d'iridoclonésis net

Fond de l'oeil gauche : mal vu

On réintervient pour diminuer la filtration le 3 juillet 1963.

Une résection irienne est pratiquée.

Compte rendu opératoire : dissection de la conjonctive.

Lambeau supérieur : on dissèque jusqu'à la fistule qui est exposée. On note que l'iris est totalement adhérent à la face profonde de la conjonctive.

Résection de l'iris.

Le cristallin est réduit à une mince galette

Surjet conjonctival

Mintacol.

Aspect satisfaisant ; oeil calme

Bilan de sortie :

Oeil gauche : on compte les doigts à 25 cm

pupille : ascensionnée

à la lampe à fente conjonctive hypertémiée sans cercle péri-kératique. Bulle à 11 heures.

Cornée : normale

Mais quelques dépôts sur le desemet.

Chambre antérieure : Tyndall hématique

Hyphéma en bas.

6 août 1963 :

Oeil gauche : tension 16 à l'aplanation

Corne irienne : moins importante.

oOo

OBSERVATION N° 2

Femme âgée de 42 ans. Entre dans le service pour intervention sur glaucome chronique.

Antécédents oculaires :

Kératite interstitielle à l'âge de 15 ans (1932, traitée par antisyphilitiques.

Nouvelle poussée en 1948, traitée à nouveau.

Hypertension oculaire bilatérale en 1953 (36 ans)

Oeil droit : 5/7,5

Oeil gauche : 1/7,5

Acuité visuelle .

Oeil droit : 6/10

Oeil gauche : 1/10

Elle est traitée médicalement par de la pilocarpine. La tension de l'oeil droit semble normalisée par le traitement.

A gauche elle reste un peu plus élevée.

Un examen pratiqué en janvier 1959 montre :

Vision oculaire D-G : inchangé de près lit n° 2

La tension corrigée est :

Oeil droit : 21,5 - coefficient de rigidité sclérale 0,21

Oeil gauche : 38 " " " 0,14

La gonioscopie :

à droite : angle ouvert en haut avec languette brune, considérée comme des goniosynéchies en voie de formation.

à gauche : angle assez fermé étroit en bas.

Le 16 mai 1959 :

Oeil gauche : la tension est à 3,5/7,5, malgré le traitement médical.

Pilo 5 fois par jour

Esérine 2 fois

Diamox 2 comprimés par jour

Le I9 mai I959 est pratiqué une iridencléisis de l'oeil gauche.

Compte-rendu opératoire :

Lambeau conjonctival, conjonctive fragile se déchire un peu, à 3 millimètres du limbe incision au Desmarres, un peu décalée en dedans du limbe section de l'iris au ciseaux entre deux pinces, surjet conjonctival, pas de saignement dans la chambre antérieure.

Suites opératoires :

La chambre antérieure est normale jusqu'au deuxième jour.

Plate depuis le troisième jour.

Le quatrième jour on note un déceollement choroïdien nasal inférieur.

Une réintervention est décidée, sur cette plaie conjonctivale déhiscente aux cornes trop filtrantes.

Compte rendu opératoire :

Avivement des lésions conjonctivales, résection partielle des cornes, surjet noué aux deux bouts, avec de plus, un point séparé à I2 heures et à 11 heures 30.

Injection d'air très difficile après ponction partielle, couteau très oblique à 4-5 heures.

Bon décollement iris cornée par une grosse bulle.

Pansement monoculaire.

Le 4 Juin 1959 :

Le décollement choroïdien a disparu.

La chambre antérieure est bien réformée.

Le tonus est bon.

Malheureusement, nous retrouverons cette malade un peu plus loin, puisque sa fistule s'est oblitérée et sa tension est remontée deux mois après cette réintervention.

oOo

REFECTION DES FISTULES OBSTRUEES

Généralement, dès l'inspection de la cicatrice, le diagnostic d'obstruction de la fistule peut-être suspectée.

La bulle sous-conjonctivale, n'a pas son aspect habituel : opalescente, saillante, entourée d'une zone d'oedème sous-conjonctival. Deux aspects peuvent être rencontrés :

- soit une cicatrice plate la conjonctive est directement appliquée contre la sclère, en cas d'iridenclésis les cornes sont petites peu visibles. La pression sur l'oeil n'amène pas de remplissage de la bulle.

- ou bien on a une ampoule saillante avec des bords abrupte, sans oedème pigmentée ou non . Cette cicatrice est dure au toucher.

La gonioscopie complète les renseignements donnés par la lampe à fente montrant :

- l'existence ou nons d'une brèche sclérale
- la place de la trépanation
- l'état du reste de l'angle.

Avant d'étudier les causes de ces obstructions et leur traitement, nous insisterons sur le fait que dans tous les cas et surtout après iridenclésis, une opération fistulisante semblant ne pas filtrer, puisse suffire à faire baisser la tension.

Sugard en 1960, étudiant 58 yeux opérés avec succès montre un changement de taille des ampoules de filtration, dans le temps ; ceci pour l'auteur semble en accord "avec l'expérience clinique montrant que des cicatrices filtrantes filtrantes fonctionnant peuvent devenir fonctionnelles et que, au contraire des cicatrices très filtrantes, peu après l'intervention pourraient ne plus filtrer". Pour Devoe, le succès de l'intervention dans ce cas s'expliquerait surtout par l'action de réajustement du système neurovasculaire dû au trauma opératoire.

Teng et Katzin, ont montré par leurs études histologiques, que pourqu'une cicatrice sclérale soit filtrante, elle devait être bordée de cellules venant de l'épithélium ou de l'endothélium irien. Mais ils pensent aussi que de nouvelles voies d'évacuation sont créés. L'humeur aqueuse entraînant la dégénerescence du collagène périvasculaire, pénètrera plus facilement à travers les vaisseaux, et ainsi son évacuation serait facilitée. Il se produirait aussi une prolifération de l'endothélium, qui pourrait réaliser un véritable canal, créant une communication entre la chambre antérieure , et le plexus scléral veineux, profond. Ceci est facilité si la brèche sclérale est près du trabeculum.

Nous voyons que l'opération, peut-être efficace même si à première vue la fistule nous parait peu active.

C'est dire, que ce sont des épreuves fonctionnelles perturbées, allant en s'aggravant, qui feront décider une réintervention :

Tension oculaire, tonographie, montrant la persistance d'une grande résistance à l'écoulement, surtout mesure de l'acuité et du champ visuel. Si la maladie peut à nouveau être stabilisée par un traitement médical; on ne tentera pas la réintervention.

Les causes d'échec de ces interventions sont multiples :

- souvent technique défectueuse,
- incision sclérale trop courte
- incision trop oblique
- la tréphine n'est pas tenue suffisamment droite,
- iridectomie non basale
- mauvais repérage du limbe chirurgical.

Ceci entraine un colmatage de la plaie par de l'iris ou des procès ciliaires. Dans l'iridenclésis, l'incision trop antérieure est fréquente.

Il faut inciser la sclère en deça du limbe anatomique : car si l'incision est trop antérieure au lieu d'être enclavé dès sa base, l'iris chemine dans la chambre antérieure, jusqu'au limbe, il se forme une chambre antérieure surnuméraire, limitée en haut par l'angle camerulaire, en avant par la Desmet et l'endothélium en arrière par la partie antérieure de l'iris enclavé. Cette chambre antérieure surnuméraire, gêne le fonctionnement de l'iridenclesis, l'iris est attiré en avant et bloque l'angle.

Par ailleurs, une incision pratiquée en pleine cornée, amène un tiraillement des lèvres de la plaie, et un décalage des bords, l'iris se trouve étranglé comme par une tenaille et ne peut pas jouer son rôle de drain.

Il faut par ailleurs que l'incision ne soit pas trop oblique ce qui provoque l'inclusion intralimbique d'un trop long fragment d'iris. Il est préférable pour obtenir une filtration que le trajet parcouru par le drain irien ne dépasse pas un millimètre environ. En cas d'incision oblique le trajet peut atteindre deux millimètres environ.

Un retard de formation de la chambre antérieure, compromet les résultats tensionnels par la formation de goniosynéchies, celles-ci peuvent oblitérer la fistule (Farrarier).

Dans ces cas là l'oblitération de la fistule est précoce, par rapport à l'acte opératoire.

L'examen histologique des cicatrices fistulisantes obturées ont ont montré un aspect modifié du tissu sous-conjonctival, dense, fibreux, hypervasculaire. Ces fibroses entraînant une oblitération plus tardive; les causes sont moins évidentes, certains auteurs insistent sur le rôle de la capsule de Tenon, et du tissu épiscléral (Stanworth - Legrand - Bregeat).

Les hemorragies post-opératoires pourraient avoir un rôle défavorable (Farnarier).

Les infections, iritis, post-opératoires sont beaucoup plus fréquentes lorsqu'un oeil congestif a été opéré, dans les ovéites hypertensives, la brèche sclérale n'est jamais trouvée déhiscente (Kalt).

Les cicatrices fistulisantes échouent souvent chez les trachomateux.

On a par ailleurs signalé la fréquence de l'oblitération des fistules chez les noirs dont beaucoup présentent des troubles du métabolisme lipidique.

J.Sedan a recherché une cause générale chez ces malades présentant des oblitérations tardives de la fistule, sur des yeux opérés sans qu'on puisse incriminer aucune erreur technique.

Aucun des dosages pratiqués n'a donné de résultats notables ; si ce n'est une discrète hyperchlestérolémie variant de 2 g à 2,70 g.

Cette tendance à la fibrose est rapprochée de la tendance qu'ont certains individus à faire des cicatrices cheloïdes.

Il existe des différences de textures entre les trabeculums. Certains trabeculums à mailles serrés pourraient expliquer certaines hypertonies, après extraction de cataracte en s'obstruant plus facilement après un traumatisme opératoire (Legrand) ; ceci peut aussi diminuer l'effet d'une opération fistulisante anti-glaucomateuse.

Bussaca signale que des variations individuelles dans la forme des procès ciliaires pourraient parfois expliquer qu'ils viennent colmater la fistule.

Le traitement pour lutter contre l'oblitération de la fistule sera d'abord préventif.

Eviter d'intervenir sur un oeil rouge, intervenir en dehors de toute infection.

Il faut porter une grande attention à la dissection du lambeau conjonctival à sa suture en deux plans (Farnarier, Sedan).

Fritz a insister récemment sur le rôle des vaisseaux conjonctivaux dans la résorbtion de l'humeur aqueuse après fistule, car on sait qu'il y a attraction de l'humeur aqueuse par le sang circulant. Il faut rechercher au maximum le contact entre les vaisseaux conjonctaux et l'humeur aqueuse, par un large lambeau conjonctival bien décollé s'étendant loin. Il faut pratiquer une incision horizontale, éviter d'avoir à faire une hémostase.

La suture conjonctivale doit être faite à la soie vierge.

Stanworth montre le rôle de la capsule de tenon dans l'apparition de la fibrose, il conseille d'exciser la capsule de Tenon dans l'aire de la fistule, et autour il insiste sur certaines causes particulières : fibres de coton laissées dans la plaie, il préconise l'emploi d'éponges en gélatine, l'injection sous-conjonctivale d'anesthésique pourrait selon lui créer une fibrose.

De même, il conseille d'éviter le cautère pour arrêter les petites hémorragies, car il se crée ainsi de petites zones de tissus morts entrainant la fibrose.

Il est très important de bien placer l'ouverture sclérale au limbe chirurgical, mais Redslob, puis Hervouet ont insisté sur la difficulté de repérér ce limbe. La distance entre la limite scléro-cornéenne et le fond de l'angle varie suivant les méridiens dans un même oeil, et d'un individu à l'autre ; l'implantation de la conjonctive sur la cornée peut être trop postérieure ou au contraire trop antérieure.

La jonction de ces deux épithéliums se fait très au delà de l'angle camerulaire, dès lors l'iris sera attiré en avant, et bloquera la fistule. Cette dernière disposition est fréquente.

Hervouet conseille avant toute intervention d'analyser ces différentes dispositions anatomiques à la lampe à fente.

Un premier rayon lumineux, rigoureusement courbe dessine la sclère recouverte de conjonctive, le limbe, la partie supérieure de la cornée.

Un deuxième rayon plan intéresse l'iris lorsque celui-ci commence à être aperçu derrière le limbe, mais il est facile d'imaginer ce qui manque à ce rayon plan pour rejoindre le premier et former un V complet ; c'est cet espace plan aisément mesurable qui indique la distance séparant les deux limbes.

La gonioscopie, la diaphanoscopie, per opératoire rendront de grands services pour le repérage de l'angle.

L'injection d'air dans la chambre antérieure en fin d'intervention est très utile par son effet hémostatique et parce qu'elle reconstitue la

chambre antérieure, évitant ainsi les goniosynéchies. Cette réformation peut être différée par le stop sécrétoire dû à l'intervention ou au contraire, par excès de filtration.

Pour stopper les réactions inflmmatoires, certains auteurs préconisent en fin d'intervention, l'injection sous-conjonctivale d'hydrocortisone.

D'autres conseillent après intervention fistulisante de pratiquer le lendemain ou le surlendemain des massages doux de l'oeil, pour bien faire entrer l'humeur aqueuse dans la bulle.

Laval en 1955, propose d'utiliser un film de gélatine résorbable, qu'il place sur l'iris inclus pour le séparer de la capsule de Tenon. Ces films employés pour isoler les muscles au cours d'intervention pour strabismes sont parfaitement tolérés.

Nous ne ferons que citer les plaques en acryliques gonio sous-conjonctivales proposées par Quadeer, ou les anneaux en plastiques de Santes, placés dans la brèche de sclérotomie, car comment ne pas croire que ces corps étrangers "n'aggravent les réactions de fibroses qu'ils sont censés prévenir."

Il est bien certain que si l'on doit réopérer de l'autre oeil, un malade chez qui on a vu la cicatrice fistulisante se fibroser, on choisira une intervention de type différent.

Le traitement curatif de ces fistules oblitérées dépend de la cause de l'échec, et de la date à laquelle on intervient, par rapport à la première opération.

Fitzgerald et Mac Carty (1962) proposent : dans la semaine qui suit l'intervention :

D'employer le massage doux de l'oeil, si cela ne suffit pas une pression supérieure peut être appliquée dans le but d'éverser les lèvres de l'incision par une pression en haut et en bas de la plaie. Un doigt est maintenu en avant, l'autre en arrière de la cicatrice. La même manoeuvre pouvant encore être répétée avec des baguettes de verres, des portes coton ou tout autre matériel stérile.

Les injections sous-conjonctivales d'hyaluronidase sont parfois actives.

Après la première semaine, il faut une période d'approche plus directe.

Sous anesthésie locale, un couteau à cataracte pénétre dans la conjonctive à quelques millimètres du bord de l'ampoule , il est dirigé horizontalement le long du bord inférieur, ensuite passé le long du bord supérieur de l'ampoule. Cette manoeuvre peut être répétée la face de la lame étant aussi employée pour séparer la parci antérieure de l'ampoule de la sclère, en prenant soin de respecter le mécanisme de filtration.

Une complication est possible au cours de cette manoeuvre : l'hémorragie. Les auteurs se servent du couteau de Ziegler.

Paufique emploi un couteau de De Graeffe très fin (traité de chirurgie).

En fin d'intervention l'air injecté dans la fistule passe dans la chambre antérieure.

Mac Cullogh - en 1959 - préconise déjà cette méthode , Guillaumat la mentionne dans son traité d'Ophtalmologie. (p. 831-837).

Bussca en 1964, préconise un débridement de la cicatrice à l'aide d'un ciseau courbe à pointes émoussées.

Sur une cicatrice plus ancienne ces méthodes peuvent s'avérer insuffisantes.

Après le 14e jour, environ, Fitzgérald et Mac Carty conseillent d'explorer la plaie en pratiquant un lambeau conjonctival .

Si la brèche est fermée et si l'on ne voit pas sourdre l'humeur aqueuse, une séparation des bords de la brèche permettra le drainage. L'incision est élargie avec un couteau aiguisé.

Ils pratiquent une sclérectomie de la lèvre antérieure ou une diathermie de la lèvre postérieure.

La conjonctive et la capsule de Tenon sont fixées en deux plans séparés.

Wewe en 1959 propose une méthode de réperméabilisation basée sur l'aspect lâche et souple des cicatrices conjonctivales après coagulation diathermique.

Il commence par décoller l'espace sous-conjonctival autour de la bulle, par une injection de hyaluronidase et de novocaïne à 1/10.

Ensuite par une petite incision conjonctivale, il introduit une petite électrode diathermique spéciale ressemblant à une spatule de Heine.

Parfois ces interventions de débridement paraissent insuffisantes, et il faut refaire une nouvelle sclérectomie, plus loin mais la taille du lambeau conjonctival est alors difficile, témoignant de l'importance du processus cicatriciel lors de la première intervention, elle doit être pratiquée de 1 heure 1/2 à 3 heures de distance de la première intervention (Dario Sabidini).

Pour Spaeth, il faut réouvrir la plaie primitive ,on peut réinclure une corne, et de plus, on pratiquera une cyclodialise dans le 1/4 inférieur.

Pour lui, un deuxième iridencleisis ne peut pas se pratiquer sur un même oeil , si on décide de pratiquer une nouvelle intervention

fistulisante, il faut transformer le premier iridenclésis en iridosclérrectomie.

L. Guillaumat et J. Bernard ont insisté récemment sur la nécessité de l'abrasion de tout le tissu sclérosé de l'ancienne bulle, et du recouvrement de la nouvelle sclérectomie par la conjonctive saine.

oOo

Nous présenterons six observations d'obstruction de fistule - dont cinq réinterventions.

Le premier cas d'observation (n° II) déjà rencontré précédemment l'obstruction de la fistule de l'oeil gauche faisant suite à une réintervention pour une hypotonie.

Mais on note aussi une tendance à la fibrose de l'oeil droit.

Cette tendance à la fibrose bilatérale est encore notée dans l'observation n° IV.

Dans l'observation V, sur un oeil atteint d'uvéite hypertensive, on note un important hyphéma post-opératoire lors de la fistulisation initiale de l'oeil gauche.

La chambre antérieure plate dans les suites opératoires de la première intervention est notée deux fois.

L 'iridenclésis Oeil Droit : Observation IV

Après Elliot : Observation VII

Dans l'Observation VI la gonioscopie montre que l'iridectomie n'est pas peu banale.

Dans l'observation VII, nous voyons que, ainsi la brèche sclérale est obstruée par des procès ciliaires.

oOo

OBSERVATION N° II

Nous résumons l'observation II. Madame P..., âgée de 42 ans.

Antécédents oculaires :

Kératite syphilitique

Iridenclésis oeil gauche

Réintervention sur cet oeil gauche pour filtration excéssive.

En juillet 1959 (trois mois après la première intervention) : on note

Hypertonie oeil gauche à 27.

La tension est normalisée par des sous-conjonctivales d'hyaluronidase, à raison de 1 par semaine pendant trois semaines, et par un traitement par pilocarpine à 2 % : 3 instillations par jour et ésérine 1 instillation , phénobarbital.

La tension est normalisée.

Le malade n'est revu qu'en septembre 1960 :

Série d'injection de cyanure IV

Acuité visuelle :

oeil gauche : 1/10

oeil droit : 6/10

La bulle d'iridenclesis oeil gauche a fait un kyste jaunâtre.

En Octobre 1963 :

Tension : oeil droit : 38 à l'aplanation

Iridenclesis oeil droit

A locale, rétro-bulbaire de novo-hyaluronidase, fil dans le droit supérieur.

Lambeau conjonctival, large incision au Desmarres à la limite

postérieure du limbe l'iris sort spontanément , il est coupé entre deux pinces.

Surjet conjonctival, atropine néosynephrine sous-conjoncticale d'hydrocortisone.

Le 8 octobre 1963 :

Cornée : claire pas d'hyphéma.

Chambre antérieure : petite

Tension oculaire droite : 12, 5, 5

Vision oculaire oeil droit : 90 + 0, 75

T.S. : 6/10

C.V. périphérique normal au doigt mais présence d'un décollement choroïdien de sept heures à huit heures.

Le cristallin ne parait pas luxé : réaction irienne pigments.

Le 9 novembre 1963 :

C.A. refaite.

Acuité : inchangée mais on note quelques images de phlébites, quelques exsudats blancs inférieurs et nasal supérieur.

Lampe à fente :

Oeil gauche : au niveau de la cicatrice filtrante tendance à la fibrose Réaction avec Desmet, un peu plissée et surement épaissie et dure ; pigment irien avec synéchies. Sous conjonctivale de cortisone + hyaluronidase.

Traitement cortancyl : 8 comprimés pendant 2 j.

6 "

5 "

Atropine.

Le 7 décembre 1963 :

Continuer la cortisone : BW +

Nelson 68 %

La tension se maintient : T.O.D. : 5/7,5

T.O.G. : 8/7,5

La cicatrice gauche semble filtrer au limbe sous le kyste.

Le 2. décembre 1963 :

Cornée trouble, vaisseaux cornéens

A eu 20 cyanure IV.

Le 12 février 1964 :

T.O.A. : oeil droit : 32

oeil gauche : 24

Gonio. iridenclésis bien placé, peut être un antérieure, pas de fistule ; soudure incomplète de l'iris au limbe effaçant presque tout l'angle.

Depuis août 1964 :

La tension oeil gauche et oeil droit est équilibré grâce à un traitement par la glauposine.

Les deux bulles de filtration ont un aspect kystique.

Septembre 1964 :

T.O.D. : 30

T.O.G. : 25

oOo

OBSERVATION III

Monsieur B..., âgée de 66 ans.

Présente depuis 1955, des épisodes d'amblyopie subite, de scotome scintillant des deux yeux.

Consulte en octobre 1959 dans le service du Professeur OFFRET ou l'on découvre un glaucome bilatéral.

Histoire de la maladie :

Oeil gauche :

En octobre 1959 :

Acuité visuelle : (0 + 0,50) + 1,50 = 10/10.

Tension : 26

Fond d'oeil : normal

Le champ visuel de cet oeil est normal.

Gonioscopie : angle large siège de goniosynéchies iridotrabéculaires.

La tension de cet oeil est d'abord normalisée par un traitement médical puis par un Lagrange ab-externo.

Oeil droit :

En Octobre 1959 :

Acuité visuelle : (0 + 0,50) + 2,50 = 2/10

Tension corrigée : 32

Fond d'oeil : papille blanche

Champ visuel au Goldman : montre un gros scotome de Bjerum

En Décembre 1959 est pratiqué un Iridencleisis OD

Compte rendu opératoire :

Lambeau conjonctival incision au Desmarres un peu postérieur

(1/2 mm) en arrière du limbe.

Section de l'iris aux ciseaux.

Surjet conjonctival noué aux deux bouts

Atropine.

La tension de l'oeil droit est normalisé à droite jusqu'en octobre 1960, à cette date TOD : 26.

La fistule est plate mais semble filtrer, malgré 3 instillations quotidiennes de pilocarpine.

Le champ visuel montre une augmentation des altérations de l'oeil droit ,

Le traitement médical est renforcé et semble stabiliser la tension de l'oeil droit à I6 pendant quelques mois. Mais en

Avril 1963 :

Malgré cinq instillations quotidiennes de pilocarpine et une instillation de ésérine le soir,

le champ visuel montre à droite une disparition de l'îlot temporal le scotome central s'étend avec disparition de la tache de Mariotte au 2/..

TOD : 5/7,5 .

La gonioscopie montre :

Une mobilisation du pigment au niveau du trabeculum scléral un angle large peu profond des goniosynéchies importantes trapezoïdales iridociliaires et iridosclérales, un feutrage assez important du fond.

En haut on ne voit plus la brèche sclérale c'est à peine si l'on voit ou si l'on devine les deux cornes iriennes par contre il existe un filament irien partant des deux cornes s'insérant sur le fond de l'angle séparant en deux l'orifice d'iridencléisis, à ce niveau l'angle est peut être un peu plus étroit sans goniosynéchies importantes mais avec feutrage du fond.

En mars I964 :

On pratique un Lagrange ab externo OD sur l'ancien iridencleisis.

Compte rendu opératoire :

Anesthésie locale

Fil dans le droit supérieure

Dissection d'un lambeau conjonctival , le plan épiscléral adhère très fortement à la sclère.

On va jusqu'au limbe de 12 h.30 à 3 heures.

Ouverture sclérale au sclérotome, élargissement vers deux heures de l'iridectomie.

Surjet conjonctival arrêté en dedans.

Sous conjonctival soludecadron , atropine

Pansement monoculaire

Bilan de sortie VOD 2/10

TOD I0/7,5

oOo

OBSERVATION IV

Monsieur D..., âgé de 44 ans.

Entre dans le service pour intervention fistulisante de l'oeil gauche , myopie moyenne.

AV : oeil droit : -6 = I/I0

oeil gauche: - 4 = (5-0, 75) = 1/10

Fond d'oeil droit : non vu, il existe une cataracte nucléaire

Tension oculaire : oeil droit : 4/7, 5

oeil gauche: 5/7, 5

Le champ visuel montre :

I iridencléisis est pratiqué le 5 mars 1963 par le Docteur Bertrand de l'oeil gauche.

CRO dissection conjonctivale : déchirure de l'iris entre deux pinces surjet conjonctival hydrocortisone sous-conjonctival atropine fil pour fermer l'oeil, pansement.

Suites opératoires :

Bonne filtration,

Bonne chambre antérieure

Diamox 1/2 comprimé le matin, le soir.

Bilan de sortie :

TOD = 6, 5/7, 5

VOG : inaméliorable

LAF

Oeil droit : calme cataracte nucléaire

Oeil gauche : léger tyndall - bonne chambre antérieure - bonne filtration.

Le malade entre à nouveau dans le service pour intervention fistulisante de l'oeil droit .

Le 3 mai 1963 :

Iridèncleisis oeil droit.

CRO.

Lambeau conjonctival sur XII H

La conjonctive est adhérente au limbe,

Section du limbe à la limite postérieure, issue spontanée de l'iris avec jet d'humeur aqueuse, section à la pince de deux cornes, surjet conjonctival, de cortisone, d'atropine.

Le 6 mai 1963 :

Filtration abondante, chambre antérieure très plate.

Bilan de sortie.

VOD - 6 (compte les doigts à 1 mètre)

VOG - 5,5 = 1/10 ts 2/10

OD 5,5/7,5

OG bon tonus au doigt

Lampe à fente : filtration abondante ; pli de la desmet - oedème cornéen - petite tyndall, bonne cicatrice - cataracte cortico-nucléaire.

OG segment antérieur calme bonne filtration.

Le 17 juin 1963 (1 mois 1/2 après la première intervention)

Entre à nouveau pour intervention de cataracte .

TOD : 27 à l'aplanation

TOG : 18

Le massage ne fait pas baisser la tension de l'oeil droit.

L'examen à lampe à fente montre :

Chambre antérieure de profondeur moyenne,

Petite bulle de filtration à 1 heure, légère ascension pupillaire .

Le I7 juin I963 :

On opère pour retouche d'iridencléisis à l'oeil droit.
Dissection d'un lambeau conjonctival un peu décalé en dehors par rapport à l'ancien.
Libération de la conjonctive, au ras de la sclère jusqu'au limbe sur 1 h. 1/2 ; grosse fibrose que l'on enlève en grande partie par quelques petits de l'ancienne fente très obstruée ; le globe qui était dur se détend, on incise difficilement au Desmarres à 1 heure juste en dehors de l'ancienne incision sclérale, et on réinclus la corne externe en resséquant un petit fragment. Le corps ciliaire est dans la plaie ainsi qu'un peu de vitré visqueux.

On met un point séparé sur une zone très mince du lambeau à 1 heure, surjet, bulle d'air.
C.A. bien réformée, bonne filtration.

Le 24 juin I963 :

TOD 13/7,5 oeil calme bonne filtration sous conjonctivale de soludecadron.

RENTRE à nouveau dans le service 4 mois après pour être opéré de cataracte de l'oeil droit, sa tension est normalisée.

A l'entrée :

TOD : 8/7,5
TOG : 9/7,5

Lampe à fente :

CD chambre antérieure de profondeur moyenne, pas de synéchies cataracte en soucoupe postérieure.

La fistule fonctionne élargie vers 11 heures.

O.G.

chambre antérieure moyenne, bonne bulle

à 1 heure ascension pupillaire, début de soucoupe postérieure.

Le 17 septembre 1963 :

Cataracte oeil droit, extraction du cristallin par en bas

Fils tracteur dans les deux paupières, dissection conjonctivale de 3 à 9 heures, difficile du fait de l'adhérence sur 3 millimètres très hémorragique.

Kératctomie à la pique + castroviejo

3 fils scléro-cornéens.

Alpha-chymo 2' lavages extraction sans incident à la ventouse sauf peut être un léger accrochage du sphincter à 6 heures,

pilo dans la chambre antérieure.

Serrage des fils

7 autres fils.

Recouvrement incomplet, bulle d'air ésérine.

Le 18 septembre 1963 :

C.A. réformée iris en place , mais angulation temporale

Bulle d'air.

Le 26 septembre 1963 :

Bilan de sortie ;

Oeil droit : Conjonctive hyperhémiée

Bonne chambre antérieure

Iris presque circulaire.

JOD 80 ± 3

VOD (0 + 0,25) = 4/10

LAFOD bonne chambre antérieure

Kératite striée

Petite hémorragie à 7 heures

Fragment de capsule tendue de l'angulation irienne au limbe.

VOG - 5,5 = 1/10

Sort avec néoparyl et mintacol deux fois pour étaler son iris et éviter l'ascension pupillaire.

Le 18 février 1964 :

La tension de l'oeil droit est alors de 24 A.

VOD + 6 = 5/10

Vision de près : + 9 = n° 2

Lampe à fente :

Bonne chambre antérieure aucun signe inflammatoire, large iridectomie avec angulation à 7 heures et synéchie antérieure.

Tension OG : 6/7,6

Gonioscopie OD :

Nombreuses gonisynéchies iridosclérales agissant en pont et obstruant l'angle irido-trabéculaire. En haut : iridectomie basale l'angle est bouché par un feutrage blanc passant de l'iris à la sclère.

Gonioscopie OG :

En bas angle large au fond feutrage important sans goniosynéchies.

En haut une formation exsudative ferme partiellement la fistule : on devine les deux cornes iriennes avec peut être une filtration.

Devant cet aspect on décide de ne pas tenir compte de l'ancien iridencléisis fibrosé et de pratiquer l'extraction de la cataracte par en haut.

Compte rendu opératoire cataracte OG :

Lambeau conjonctival.

Dissection sur l'ancien iridencleisis fibrosé qui ne filtre plus.
Resection des restes iriens.
Incision limbique supérieure de 3 à 9 heures à la pique puis aux ciseaux.
Sous le lambeau conjonctival un point scléro-cornéen à I2 heures alpha chymotrypsine lavée après deux minutes.
Extraction à la ventouse très difficile du fait d'adhérence hyaloido capsulaire qu'on clivre à la spatule après injection intra-veineuse d'hexanium.
Le vitré poussait, résection d'un peu de vitré, nettoyage des lèvres.
Deux points scléro-cornéens on attire la corne interne dans l'incision. La corne externe ne se laisse pas attirer.

oOo

OBSERVATION V

Monsieur N..., âgé de 63 ans, entre dans le service du Professeur OFFRET en 1961, pour hypertonie de l'oeil gauche, chez un malade présentant une iridocyclite bilatérale découverte 9 ans auparavent, d'étiologie inconnue.

Examen à l'entrée :

Acuité visuelle : oeil droit + 1,50 = 10/10

Tonus 7/7,5

Oeil rouge

Lampe à fente : rougeur périkératique

cornée claire

dépôt pigmentés sur le desmet de III à V heures.

Chambre antérieure :

Tyndall discret

Pas de synéchies

Exsudats baveux sur le bords de l'iris entre cinq et sept heures.

Cristalloïde antérieure propre.

Cristallin transparent.

Fond d'oeil normal.

Examen de l'oeil gauche :

AV non chiffrable : une importance rougeur périkératique

cornée trouble - buée épithéliale

dépôts pigmentés sur le desmet en périphérie

Chambre antérieure : pas de tyndall

iris : pas de séclusion

FOG mal vu.

Le 8 novembre I96I : un iridencleisis est pratiqué sur l'oeil gauche.

Compte rendu opératoire :

Lambeau conjonctival, tissu épiscléral, abondant, incision au Desmarres au limbe.

Issue de l'iris assez facile, déchirure entre deux pinces : iris très friable, les cornes ne peuvent être attelées beaucoup

Surjet conjonctival.

Hyphéma abondant, en partie évacué par pression et surtout par ponction de la chambre antérieure à 5 heures.

Sous conjonctival , hydrocortisone, collyre, tifomycine, pansement binoculaire.

Dans les suites opératoires on note :

Un hyphéma presque total.

Une migration de pigment sur la cristalloïde antérieure.

Une pupille en séclusion.

Le 27 novembre I96I :

Avec un tonus normal 8/7,5

Une bonne filtration

Les dépôts pigmentaires ont diminués

La pupille est toujours en séclusion

Acuité visuelle : OG 2/I0 TS 4/I0

Le champ visuel de l'oeil gauche montre un rétrécissement considérable de l'isoptère 3/1 , le 2/1 n'est pas perçu ; on ne peut tracer les limites de la tache qu'avec un 5/I

Le malade est réhospitalisé le 4 janvier pour bilan de son oeil droit.

Vision oculaire droite = 2/10

Tonus stabilisé à 6/7,5

Oeil très calme.

Un iridencleisis OD est pratiqué le I5 janvier I962 ; il entraîne un saignement discret ; il est suivit d'une chambre antérieure plate, d'un décollement choroïdien.

A la sortie du malade le 30 janvier I96I :

La filtration n'est pas très importante.

La tension oculaire est normale.

Fond d'oeil normal.

En octobre I963 : le malade revient consulter .

Tension : oeil droit = I6 à l'aplanation

oeil gauche est très dur, malgré des instillations de pilocarpine : (2 ans après l'iridencléisis sur cet oeil).

La gonoscopie de cet oeil montre que l'iridencleisis antérieur est très incomplet, avec persistance d'une couche irienne à la base de l'iris, ouverture trop petite en partie colmatée, par des synéchies postérieures totale autour de l'angle.

L'oeil étant très calme, une reprise de l'intervention est décidée pour faire baisser la tension oculaire, et éviter d'augmenter les synéchies par la pilocarpine.

Une retouche d'iridencléisis est pratiqué de cet oeil gauche le 17.10.63 :

Anesthésis locale. Novo hyluronidase - anesthésie cornéenne et novo dans le droit supérieur. Lambeau conjonctival supérieur et externe. Fibrose importante - dissection partielle de ce tissu épiscléral induré, l'orifice primitif est complètement obturé, recouvert par quelques ponts de pigments iriens.

Incision limbique postérieure du Desmarres sur une heure et une heure trente, agrandie vers deux heures au ciseaux ; on attèle difficilement la corne irienne externe, en coupant les

ponts iriens qui obstruent en partie le colombe de la premières intervention.

Saignement moyen de la chambre antérieure - atropine - néosynéphrine en sous-conjonctival.

Le 21 octobre 1963 :

Oeil mou

Bonne CA

AV = I/10 TS

Grosse bulle.

La lampe à vente : hyphéma peu important

formation exsudative dans l'aire pupillaire.

Le 26 octobre 1963 :

Tension oculaire : oeil droit : I4 à l'aplanisation

oeil gauche : I4

La gonioscopie de l'oeil gauche, montre un aspect bien placé du nouvel iridencléisis, la base du colobome opératoire est plus nette et s'étend vers deux heures.

Le malade est revu en octobre 1964 (un an eprès réintervention sur l'oeil gauche)

Acuité visuelle : oeil droit (0 + 0, 75) + 1, 50 = 10/10

oeil gauche (130 + 1) + 1 = 1/10

Tension : oeil droit 12 à l'aplanation

oeil gauche 17

Oeil gauche : la baisse visuelle semble due en partie à une cataracte modérée.

En partie à une ascension pupillaire relative avec synéchies au bord inférieur de la pupille . La filtration semble de faire à deux heures sur la retouche d'iridencléisis.

oOo

OBSERVATION VI

Monsieur R... , âgé de 72 ans.

Hospitalisé le 14 novembre 1963 :

Pour glaucome découvert 9 mois avant à l'occasion d'une baisse d'acuité visuelle chez un myope de -5 des deux yeux.

D'abord bien équilibré par le traitement médical (pilocarpine esérine), le champ visuel au goldman montrait alors :

OD angioscotome et exclusion au 2/1 de la tache aveugle.

OG au 2/1 non vu, grosse encoche temporale supérieure.

Le malade est ensuite équilibré avec pilo-ésérine.

Tension au Schiotz autour de : 7/7,5 = 20
OG : 5/7,5 = 25

Mais en Novembre 1963 :

L'oeil gauche présente de grosses modifications.

Les isoptères périphériques paraissent près du point de fixation, on décide de l'hospitalisation pour intervention.

Le 7 décembre 1963 :

VOD (165 - 0,75) - 4,5 7/10

VOG - 5 6/10

Mais le malade ne voit pas les lettres temporales des mots.

Le tonus à l'aplanation est de OD 26 A
OG 30

La gonioscopie montre un angle large sans gonicsynéchies.

Fond d'oeil droit et gauche.

Atrophie papillaire, papille pâle, coudes vasculaires.

Le 19 décembre I963 :

Il est pratiqué un Lagrange ab externo de l'oeil gauche.

Typique sans incident.

Sort avec un tonus gauche I8 à l'aplanation.

Une bonne filtration

A VOG -4,5 = 3/10

Lampe à fente :

cornée un peu trouble.

Bonne chambre antérieure

Cristallin un peu opalescent

Pas de cataracte

Trouble du vitré antérieur.

Excavation papillaire importante.

La tension de l'oeil droit est équilibré par des pilo 2 %4 instillations par jour.

Le 24 décembre I963 :

L'iridectomie n'est pas basale, la sclérectomie est obturée, elle a été faite trop antérieure peut être, mais la tension oculaire est stabilisée, malgré l'atrophie.

La tension oculaire reste stabilisée jusqu'en mars I964.

On trouve alors : TOD I8 A

TOG 28 A

On reprend les instillations de pilocarpine pendant une semaine puis le traitement est à nouveau arrêté.

En avril I964, on note :

Acuité visuelle : OD - 5,5 = 3/10

OG I8 à l'aplanation

Fond d'oeil gauche : importante excavation glaucomateuse.

12 Mai 1964 :

Tension oculaire : OD 26.
OG 30

La gonioscopie montre que la fistule est obturée à gauche.

Compte rendu opératoire : Retouche de Lagrange. O.G.

Anesthésie locale.

Dissection conjonctivale à 1 millimètre ; saignement modéré qui disparait après coagulation , facile jusqu'au limbe où toute trace de fistule a disparu.

Incision comme pour un iridenclésis, on va chercher le sphincter irien au crocher de thyrel, section de deux cornes suffisantes dont l'écartement est juste suffisant; sous conjonctival tifo-suludécadron.

En fin d'intervention la chambre antérieure s'est reformée : pansement binoculaire.

A la sortie : tension oculaire : OG 10 à l'aplanation
OD 28

oOo

OBSERVATION VII

Madame M..., âgée de 56 ans, est adressée dans le service du Professeur OFFRET, par son ophtamologiste pour une hypertonie entre 25 et 30 malgré pilocarpine et mintacol.

Les champs visuels sont normaux.

Fond d'oeil : papilles non excavées.

Acuité visuelle : O DG (0 + 0,50) + 0,50 = 10/10

Lampe à fente :

Chambre antérieure un peu étroite

Iris normal

Gonioscopie ODG

Angle assez large, mais un peu étroit dans son fond tapissée par une poussière de pigment, l'iris ne semble pas atrophique.

Conclusion : Glaucome à bonne acuité visuelle qui ne semble pas supporter les myotiques à doses fortes et à doses faibles ; la tension oculaire reste élevée.

Le 29 avril 1964 :

Tension oculaire à l'aplanation : OD 32

OG 30 pilo 1 heure avant.

Entrée dans le service en juin 1961 pour Elliot + Iridectomie périphérique OD.

Av OD + 10/10 mieux avec + 1,5

+ 4,50 = 1,5

Av OG = 10/10 mieux avec + 0,75

+ 3,75 + P 1,5

Motilité oculaire normale.

Champs visuels normaux.

Lampe à fente : segment antérieur normal OD et OG .

Gonioscopie normale.

Compte rendu opératoire :

Elliot OD

Rétro-bulbaire hyaluronidase akinésie

Infiltration conjonctivale, lambeau

Trépanation : I, 7 millimètres

Iridectomie périphérique assez large - surjet.

Le 24 juillet I964 :

Hyphéma bulle de filtration

Le 26 juillet I964 :

Oeil droit : hyphéma a disparu

chambre antérieure plate

petit chemosis

Le 29 juillet I964 :

Bilan de sortie

VOD : 2 10 TS 5/10 + 2

Lampe à fente :

Il existe une chambre antérieure plate.

Dépôt fin de pigment sur la desmet et sur la cristalloïde antérieure.

Pas de Seidel.

TOD 12 A

TOG 22 A

Fond d'oeil normal.

Le 8 juillet 1964 (trois mois après l'intervention)

VOD = 7/10

TOG = 28 A

TODG 28 A

FODG Normaux

On conseille le mintacol de l'oeil droit.

Le malade est revu deux mois plus tard.

La fistule semble fonctionner, mais il existe un myosis très serré, un essai de dilatation par le mydriaticum monter une synéchie à IH.

Mais le champ visuel pratiqué en octobre 1964, montre des modifications ; exclusion de la tache au 3/11 à droite.

Av OG normal

TOD 18 pas de pilo depuis trois jours.

TOG 20

Lampe à fente :

OD : cornée claire CA de profondenr normale, pas de Tyndall iridectomie périphérique, on ne voit pas de bulle de filtration. Iris un peu atrophique.

Lampe à fente :

OG : chambre antérieure normale

iris un peu atrophique à la périphérie.

Cristallin : opacité sous corticale antérieure et postérieure.

Fond d'oeil :

DG : on voit la papille qui est un peu excavée.

sensibilité cornéenne ODG normale.

Gonioscopie :

OD : angle ouvert partout pas de goniosynéchies.

iris en place, l'orifice de la fistule est visible.

Bien basal, il existe une inclusion d'un procès ciliaire dans le trou de la fistule.

OG : angle ouvert large

devant l'existence de synéchies pupillo-cristallienne, de l'aspect gonioscopique de l'oeil droit et en raison de l'altération du champ visuel de OD, on décide une réintervention.

Compte rendu opératoire :

Le 10 novembre 1964 :

Iridencléisis sur un Elliot de l'oeil droit.

Fil dans le droit supérieur.

Lambeau conjonctival supéro-interne, fibrose assez importante sur 11 heures, 12 heures.

Bon dégagement du limbe. Incision au Desmarres dans la zone moyenne du limbe de 11 heures à 12 heures, l'iris sort spontanément. Section du pont irien de l'iridectomie périphérique ancienne au ciseaux de Weeckers constituant une large corne d'iris unique et interne dont on ressèque l'extrémité. Surjet sur le lambeau avec difficulté vers 2;3 heures, la conjonctive cédant, on place un fil séparé supplémentaire sur cette zone sous conjonctivale de soludécadron, collyre, atropine OD pilo OG. Pansement monoculaire.

Le 13 novembre 1964 :

Oeil , non douloureux

CA bien réformé, propre,

Bonne bulle de filtration

VOD 6/10 avec TS

TOD 12 A

TOG 18 A

Lampe à fente :

Cornée claire avec quelques dépôts pigmentés sur la Desmet.
CA de profondeur normale, avec un tyndall net et des pigments sur la cristalloïde antérieure.

oOo

CONCLUSION

1 - Nous insisterons à nouveau :

a - Sur la très grande importante donnée à la dissection du lambeau conjonctival dans les opérations fistulisantes, tant pour éviter la filtration externe que la fibrose.

b - Sur le repérage parfait du limbe chirurgical, avant toute opération fistulisante, sur la pratique de la gonioscopie pré et post-opératoire.

2 - Nous rappellerons l'intérêt du débridement des fistules, lorsque la fibrose du tissu épisclérale empêche l'écoulement d'humeur aqueuse à travers une brèche sclérale existante.

3 - Si une nouvelle fistulisation est nécessaire elle peut être du même type , si une erreur a été mise en évidence (incision trop antérieure) autrement, il vaut mieux pratiquer un autre type de fistule.

4 - Nous pensons qu'il faut regrouper toutes les observations de malades chez qui sont pratiquées des reprises de cicatrices filtrantes obstruées afin de préciser :

a - Le devenir à long terme de ces yeux, de déterminer si ces reprises de fistules suffisent ou s'il faut au contraire les associer à d'autres types d'intervention antiglaucomateuse.

b - Si, en cas d'insuccès d'une première fistule et de cristallin cataracté, la deuxième intervention ne doit être l'extraction de ce cristallin avec réinsertion d'une corne en un seul temps, évitant ainsi de répéter les interventions sur ces yeux déjà fragiles.

oOo

Vu le Président de Thèse

Professeur OFFRET

Vu le Doyen de la Faculté

Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ARRUGA -

Chirurgie oculaire
Ed. fr. 1958, Masson , Paris p. 376.

BARKAN H.-

Use of the Schaan thermophore in hypotonie of the eye ball as a result of the Elliot trephining operation
Amer. Jour. Oph. 23, 692, 693 , juin I940.

BIETTI G.B. -

Considération sur les intervention sur le glaucome chez des sujets trachomateux.
Soc. Opht. Lombarde , I9 mars I947, CR. Bollet. Ocul. 1948 27, 129, 138 - arc opht. de Paris 1949, 9/I I33.

BONNET-GEHIN M.-

Les fistules ext. de la cornée et de la région
Conf. Lyonnaise d'Ophtalmologie aout, mai juin I962.

BREGEAT P.-

Année thérapeutique en ophtalmologie -
Tome I4 p.

BUSSACA A.-

The Lagrange Foroni opération for glaucome.
Amer. Journ. of opht. p.54, vol. 58, number I, juilly I964

CHAPUT A. -

Etude des interventions fistulisantes dans le glaucome .
Thèse Bordeaux, I96I.

CONSTANTY H.-

Les complications post-opératoires dans les iridosclérectomies anti-glaucomateuse.
Thèse Paris I955.

DEVOE G -

Conioscopique study of fistulising operation
Arc Opht. 46 p. 504, I95I.

DESVIGNES P. -

Glaucome P.158-159.

DUKE ELDER S.-

Text book of ophtalmologie 1941, vol. 3 p. 3405.
Fistulisation tardive des plaies opératoires diagnostic et traitement

DUNNINGTON J.H.-

Amer. Journ. of Opht. I95I, 34, I756.
Ann. oc. I95O/I88/III972

DUVERGER C.-

4O ans d'opération de Lagrange.
Bulletin SFO p. 374, I959.

DUVERGER et VELTER :

Traité de chirurgie , I950, p. 349.

GUILLAUMAT L.-

Traité d'opht. p. 83I, 837
Flammarion.

GUILLAUMAT , St MARTIN, PAUFIQUE C.F.-

GUILLAUMAT L. et BERNARD P.-

Communication décembre I964.

FARNARIER G. -

Les hémorragies post-opératoires dans la chirurgie du glaucome
Année thérapeutique en Opht. Tome 14 p. 389.

FITZGERALD Jr , Mc CARTHY J.L.-

Surgery of the filtering bled
Chi . Ophtalm. Soc. Nov. 20.I9.52
Arch. opht. Chicago I962, 68/4, 453-467.

FRITZ -

Spo décembre I964.

HAYE C. -

Complication post-opératoire et résultats de 3I9 interventions d'iridencleisis.
Ann. Ocul. mars I956, 115, n° 3, 333.

HERVOUET F.-

Anatomie pathologique de l'iridencleisis.

HERVOUET F.-

Un test précis pour placer correctement la trépanation dans les opérations fistulisantes.
Ann. oc. vol. 65 fasc. 12, déc. I963.

HERVOUET F.-

L'hypertonie après intervention glaucomateuse , les moyens d'y parer.

ISSALY .-

Les hémorragies post-opératoires dans la chirurgie des glaucomes primitifs et secondaires.
Thèse , Marseille, I958.

JAYLE G.F. et SEDAN J.-

Résultats éloignés de 374 opérations fistulisantes observées plus de quatre ans après leur réalisation.
Ann. Ocul. I955, I88/11 1039 1042.
Analyse excerta medica opht. I957, 11/3 , 121.

KALT M. - L'Iridencleisis dans les uvéites rapoort SFO 1949 p. 276.

KALT M.- Les uvéités consécutives aux opérations antiglaucomateuses
Année ther. Opht. 9, 195, 214, 1958.

LAVAL J.-
Emploi d'un film de gélatine adsorbable dans les opérations fustilisantes du glaucome.
Arc. Opht. Chicago, 54, 677, 1955.

LEOPOLD P.H.-
La fibrine dans la chirurgie oculaire.
Ann. Ocul. Paris, 1961, 194, 810, 818.

LEGRAND .-
Année thérapeutique en ophtalmologie tome XIV, p. 295.

LEGRAND .-
Les divers echecs de la thérapeutique chirurgicale du glaucome, SFO 1963.

LEGRAND.-
Glaucome de l'aphake. Rapport SPO 1964.

Mac DONALD P.R.-
Les complications chirurgicales du glaucome primaire.
Amer. Journ. of Opht. 1958, n° 4, 157, 161.

Mc CULLOCH C.-
The incision of inadequate filtration bleb
Canad. Soc. Halifax. June, 11 14 1958.

NISBET A.-
Le phlyctène après iridencléisis.
Amer. Journ. Opht. 1962.

NIVET.- A propos de 74 cas d'opérations fistulisantes.
Type Lagrange
Thèse Paris 1956.

PARRY H.B.-
Massage post-opératoire des yeux dans les cas de glaucome
Brit. Journ. of Opht. 1952, 36, n° 12, 698, 699.

PAYNE B.F.-

Echecs des opérations dans le cas de glaucome chronique simples.
Amer. J. Opht. I960 p. 49, 4, 795, 800.

PAUFIQUE L.-

Rupture d'une cicatrice filtrante après trépanation d'Elliot.
Journ. Opht. 375, 377, 1943.

PAUFIQUE L.-

Traitement des fistules de la cornée.

PAUFIQUE L.-

Réfection des cicatrices filtrantes anti-glaucomateuses indications et techniques.
Ann. d'ocul. vol. I97. facs. 9, septembre I964, p. 887

PAUFIQUE F.-

Traité de chirurgie
p. 673 (Guillaumat de St Martin, Paufique)

PRIJOT F. -

Les hypertensions post-opératoires dans la cataracte et le glaucome .
Ann. Ther. Opht. 9, 278, 289 ; I958.

QUADEER .-

Plaque acrylique gonio sous-conjonctivale dans la chirurgie du glaucome.

SANTIS Tentative d'intervention anti-glaucomateuse avec application de substances plastique.
Acad. médico Chir. Ascoli-Picino. Juin I959.

REDSLOB E.-

Les causes d'echec des opérations fistulisantes à la lumière des examen anatomo-pathologiques ann. ocul. I950, I83, I

ROCHON DUVIGNAUD .-

Vraie cicatrice filtrante après trépanation sclérale
Soc. Fr. Opht. I93I.

ROGER J.-

Glaucome malin.
Thèse Paris I964.

RICHARDSON O.-

Qu'elles sont les causes des échecs d'opérations filtrantes
Can. Opht. Soc. Quebec, 7 9 juin I956.
Trans. Canad. Opht. Soc. I956, 92, 96.

ROLLIN M.A.-

La profondeur de l'espace sous-conjonctival à l'état normal et dans certains cas pathologiques.
Bull. Soc. Opht. Paris 455, 459, I933.

SABADINI D.-

Della possibilita di repetere la distolizzante nello stesso occhio.
Soc. Oft. Ital. I953, I1, 265, 278.

SCHIEE H.G.-

Opération filtrante pour glaucome.
Amer. Journ. Opht. I962, 53, 57I, 590.

SEDAN J.-

Des facteurs individuels et familiaux dans l'oblitérations tardives des fistules anti-glaucomateuses
Ann. ocul. I954.

SEDAN J.-

Résultats éloignés des fistulisations effectuées chez des sujets de race noire.
6 juin I964, ann. d'ocul.

SPAETH.-

Réopération dans le glaucome .
Bull. Soc. Egypt. I954 , I87, 8, 726-736.

SPAETH.-

Prévention et traitement des complications de la chirurgie oculaire.
RM Fasnella, I959, Ed. Masson, p. I49.

SUGARD G.-

Evolution du changement de taille des cicatrices filtrantes effectuées avec succès.

SUGARD S.-

The pratical application of gonioscopie to glaucome surgery
Amer. of opht. Séries 3 vol. 25 , n° 6.

STANKOVICH

Peut-on éviter les complications fistulisantes dans les opérations fistulisantes du glaucome primaire.
Ann. ocul. Paris I954, I87, 8, 726, 736.

STANWORTH A.-

Fibrose conjonctivale après opération fistulisante transaction of the ophtalmologique soc. of united kingdon I958
Analyse annales d'ocultistique janvier I963, n° P49.

TRONCOSO.-

Gonioscopie finding after Elliot opération
Amer. J. of opht. I8, 103 118, 183.

TENG CC, CHI HH, KATZIN HM.-

Histologie and mechanisme of filtering operation
Amer. J. opht. I959, 47/I I6.

VOISIN J. et HAYE C.-

A propos d'une statistique portant sur 100 cas d'iridosclérectomie selon la technique d'Elliot.
Soc. Opht. de Paris, I955.

WEEKER P.-

Diagnostic du glaucome débutant
Rapport Soc. Belge d'Opht.

WEWE H.-

Reperméabilisation des fistules inactives après opération pour glaucome primitif.
Soc. Opht. p. 309, I959.

oOo

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e^ -
ODÉ 58-90